



o wypłatę świadczenia*

- | | | | |
|--|---|---|----------------------------------|
| ☐ z tytułu pobytu w szpitalu | ☐ Ubezpieczonego | ☐ współmałżonka/partnera | ☐ dziecka |
| ☐ z tytułu operacji medycznej | ☐ Ubezpieczonego | ☐ współmałżonka/partnera | |
| ☐ z tytułu poważnego zachorowania | ☐ Ubezpieczonego | ☐ współmałżonka/partnera | ☐ dziecka |
| ☐ z tytułu uszczerbku na zdrowiu w następstwie NW | ☐ Ubezpieczonego | | |
| ☐ z tytułu uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału/udaru | ☐ Ubezpieczonego | | |
| ☐ z tytułu niezdolności do pracy | ☐ Ubezpieczonego | | |
| ☐ z tytułu inwalidztwa | ☐ Ubezpieczonego | ☐ współmałżonka/partnera | |

Dane polisy

Polisa nr	Nazwa Ubezpieczającego
-----------	------------------------

Nazwisko, imię _____ PESEL _____

Ulica i numer domu _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Kod pocztowy _____ Miejsowość _____ Telefon stacjonarny _____ Telefon komórkowy _____

Data pobytu w szpitalu	od	do
------------------------	----	----

Przyczyna pobytu w szpitalu* ☐ choroba ☐ wypadek

Czy po leczeniu szpitalnym Ubezpieczony/współmałżonek/
partner przebywał na zwolnieniu lekarskim?*

Tak ☐ Nie ☐

Jeżeli tak, należy dołączyć kopię zwolnień lekarskich.

Czy w trakcie leczenia szpitalnego Ubezpieczony przebywał na OIOM/OIOT/OIOK/OINK? Tak ☐ Nie ☐

Czy w związku z ww. pobytem w szpitalu Ubezpieczony przebywał na OIOM/OIOT/OIOK/OINK? Tak ☐ Nie ☐

Jeżeli tak, należy dołączyć kopie karty z pobytu w sanatorium.

D D M M R R R R
Data wypadku

Okoliczności i przyczyna wypadku

Miejsce (adres) wypadku

Czy Ubezpieczony/współmałżonek/partner w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu?* Tak Nie

Kto udzielił Ubezpieczonemu/współmałżonkowi/partnerowi pomocy po wypadku?

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?* Jeżeli tak, należy dołączyć protokół. Tak Nie

Adres policji, prokuratury, sądu prowadzącego(ych) postępowanie

Dane dotyczące leczenia

Czy leczenie zostało zakończone? Tak Nie Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

Czy rehabilitacja została zakończona? Tak Nie Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

Okres zwolnienia lekarskiego od do

Dane dotyczące operacji medycznej/poważnego zachorowania ***

Data operacji medycznej/rozpoznania choroby Rodzaj operacji medycznej/choroby

Czy operacja/poważne zachorowanie związana(e) jest z chorobą rozpoznaną i leczoną przed zawarciem umowy ubezpieczenia?* Jeżeli tak, należy dołączyć historię choroby z przebiegu leczenia. Tak Nie

Nazwisko i adres lekarza leczącego Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera, lekarza pierwszego kontaktu oraz adres przychodni, w której zarejestrowany jest Ubezpieczony/współmałżonek/partner obecnie, a także był poprzednio, jeżeli zmiana miała miejsce w ciągu ostatniego roku.

Oświadczenie Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera

Upoważniam Towarzystwo do zasięgania wszelkich informacji medycznych dotyczących stanu mojego zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych) od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie Towarzystwu przez lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia, o które będzie zapytywało w związku z zawieraniem lub wykonywaniem ubezpieczenia na życie.

Data i podpis Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera

Forma wypłaty świadczenia*

Przelew bankowy Właściciel rachunku bankowego Adres właściciela rachunku bankowego Numer rachunku bankowego

Przekaz pocztowy Adres

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

Miejscowość Data Podpis Ubezpieczonego

Beneficjent rzeczywisty

- osoba fizyczna będąca właścicielem osoby prawnej uprawnionej do otrzymania środków
- osoba fizyczna posiadająca więcej niż 25% udziałów/akcji/głosów w zgromadzeniu wspólników w osobie prawnej uprawnionej do otrzymania środków (np. udziałowiec posiadający więcej niż 25% udziałów w danej spółce)

Nazwisko, imię PESEL Ulica i numer domu Kod pocztowy Miejscowość

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.
** Prosimy wypełnić w przypadku, gdy pobyt w szpitalu spowodowany był wypadkiem.
*** Prosimy wypełnić w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu operacji medycznej/poważnego zachorowania.

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji dotyczących niniejszego wniosku (w tym decyzji o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów) przez AXA Polska S.A. i AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibami w Warszawie, za pośrednictwem wiadomości tekstowych SMS na podany przeze mnie powyżej numer telefonu. Decyzja o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów zostanie przekazana wnioskodawcy również na piśmie.

Miejscowość	DDMMRRRR Data	Podpis Ubezpieczonego
-------------	--------------------------	-----------------------

Część B – wypełnia Ubezpieczający

Nazwa zakładu pracy

Adres zakładu pracy

Potwierdza się, że Ubezpieczony

Nazwisko i imię

PESEL

był(a) objęty(a) grupowym ubezpieczeniem w AXA Życie Towarzystwie Ubezpieczeń S.A. w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

DDMMRRRR Data zatrudnienia ubezpieczonego pracownika	DDMMRRRR Data ustania zatrudnienia ubezpieczonego pracownika	DDMMRRRR Data opłacenia ostatniej składki
---	---	--

DDMMRRRR Miejscowość	DDMMRRRR Data	Pieczętka zakładu pracy	Podpis osoby obsługującej
---------------------------------	--------------------------	-------------------------	---------------------------

Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia

Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu
- karta informacyjna leczenia szpitalnego
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku – jeśli przyczyną pobytu w szpitalu był nieszczęśliwy wypadek)
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kserokopia odpisu skróconego aktu małżeństwa w przypadku pobytu współmałżonka w szpitalu

Dodatkowo, jeśli Ubezpieczony posiada zakres ochrony rozszerzony o:

- OIOM – karta leczenia z oddziału intensywnej opieki medycznej
- rekonwalescencja – kserokopia druków zwolnień lekarskich
- sanatorium – kserokopia karty informacyjnej z pobytu w sanatorium

Operacje medyczne

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu operacji medycznej
- karta informacyjna leczenia szpitalnego z opisem wykonanej operacji
- dodatkowo, w przypadku gdy karta leczenia szpitalnego nie określa w jednoznaczny sposób wykonania operacji objętych ochroną ubezpieczeniową, dokumenty w postaci: historii choroby z leczenia szpitalnego, podczas którego wykonano zabieg operacyjny, wyniki konsultacji specjalistycznych z zakresu przeprowadzanej operacji itp.
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku) lub adres organów policji albo prokuratury prowadzącej postępowanie wyjaśniające – w przypadku ograniczenia ochrony do NW
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego (strona z PESEL-em i adresem)
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka
- kserokopia aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa

Pobyt współmałżonka/partnera Ubezpieczonego w szpitalu

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu współmałżonka/partnera Ubezpieczonego
- karta informacyjna leczenia szpitalnego
- protokół powypadkowy sporządzony np. przez komisję BHP w zakładzie pracy lub protokół policyjny, protokół z sekcji zwłok (jeżeli była przeprowadzona), postanowienie prokuratury lub sądu prowadzących postępowanie wyjaśniające w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego NW
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa Ubezpieczonego (wystawiony po dacie zdarzenia)

Poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego
- dokumentacja medyczna, potwierdzająca wystąpienie choroby, w postaci historii choroby z leczenia ambulatoryjnego lub karty leczenia szpitalnego
- dodatkowa dokumentacja medyczna obejmująca w zależności od rodzaju rozpoznanej choroby:
 - nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami: dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia od rozpoznania wraz z wynikiem badania histopatologicznego

- niewydolność nerek: dokumentacja z ośrodka dializoterapii prowadzącego leczenie
 - niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem: wyniki badań krwi na obecność HbsAg lub HbeAg lub HBV DNA, w przypadkach wątpliwych decyduje wynik badania histopatologicznego wątroby
 - cukrzyca: dokumentacja z przebiegu leczenia od rozpoznania
 - przewlekła hiperglikemia: kserokopia dokumentacji medycznej z rozpoznania i przebiegu leczenia
 - dystrofia typu Duchenne'a: dokumentacja medyczna z rozpoznania i przebiegu leczenia
 - niezłotliwe guzy śródczaszkowe powodujące ubytki neurologiczne: dokumentacja medyczna z rozpoznania i przebiegu leczenia
 - śpiączka: dokumentacja medyczna z rozpoznania i przebiegu leczenia z ośrodka prowadzącego leczenie
 - sepsa: dokumentacja medyczna z ośrodka prowadzącego leczenie
 - inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP): dokumentacja z przebiegu leczenia wraz z badaniami bakteriologicznymi
 - zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: dokumentacja z przebiegu leczenia i rozpoznania choroby potwierdzonego właściwym numerem statystycznym klasyfikacji ICD-10.
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
 - odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego

Pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu
- karta informacyjna leczenia szpitalnego
- protokół powypadkowy sporządzony np. przez komisję BHP w zakładzie pracy lub protokół policyjny, protokół z sekcji zwłok (jeżeli była przeprowadzona), postanowienie prokuratury lub sądu prowadzących postępowanie wyjaśniające w przypadku hospitalizacji spowodowanej NW
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego dziecka

Poważne zachorowanie Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego
- dokumentacja medyczna, potwierdzająca wystąpienie choroby, w postaci historii choroby z leczenia ambulatoryjnego lub karty leczenia szpitalnego
- dodatkowa dokumentacja medyczna obejmująca w zależności od rodzaju rozpoznanej choroby:
 - zawał serca: zapisy EKG dokumentujące typowe zmiany i ewolucje zawału, wyniki badania krwi z poziomem w surowicy krwi markerów enzymatycznych, dokumentacja z przebiegu leczenia
 - udar mózgu: badanie specjalisty neurologa, wyniki tomografii komputerowej i/lub rezonansu magnetycznego, obrazujące zakres powstałego deficytu (nie wcześniejsze jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów)
 - nowotwór złośliwy: badanie histopatologiczne potwierdzone przez specjalistę histopatologa, z datą pierwszego rozpoznania schorzenia;
 - niewydolność nerek: dokumentacja z ośrodka dializoterapii prowadzącego leczenie
 - łagodny guz mózgu: wyniki badań obrazowych oraz orzeczenie wydane przez specjalistę neurologa lub neurochirurga
 - przeszczep narządów: kserokopia opisu zabiegu operacyjnego

- pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych: operacje chirurgiczne na tętnicach wieńcowych z wszczepieniem pomostu omijającego: wyniki badań naczyniowych (koronarografia), kserokopie opisu zabiegu kardiochirurgicznego
 - angioplastyka wieńcowa – pierwszorazowe leczenie tętnic wieńcowych: wyniki badań naczyniowych (angiografia) oraz dokumentacja z przebiegu leczenia
 - operacja aorty – zabieg chirurgiczny na aorcie: kserokopia opisu zabiegu kardiochirurgicznego, dokumentacja z przebiegu leczenia
 - anemia aplastyczna: kserokopie badań rozmazu szpiku, diagnoza potwierdzona przez hematologa z ośrodka prowadzącego leczenie
 - utrata wzroku wskutek choroby: potwierdzenie rozpoznania przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie
 - oparzenia: orzeczenie lekarza specjalisty chirurga z ośrodka prowadzącego leczenie, określające powierzchnię powstałych oparzeń
 - utrata mowy: orzeczenie lekarza specjalisty foniatri lub laryngologa, w przypadku resekcji krtani – kserokopia opisu zabiegu operacyjnego
 - schyłkowa niewydolność wątroby: wyniki badania krwi na obecność HbsAg lub HbeAg lub HBV DNA, w przypadkach wątpliwych decyduje wynik badania biopcyjnego wątroby
 - śpiączka: dokumentacja z przebiegu leczenia z ośrodka prowadzącego leczenie
 - stwardnienie rozsiane: dokumentacja z przebiegu leczenia oraz potwierdzenie rozpoznania przez lekarza neurologa
 - utrata kończyn: dokumentacja z ośrodka przeprowadzającego amputację
 - utrata słuchu – obustronna utrata słuchu: badania audiometryczne, orzeczenie lekarza laryngologa
 - choroba Parkinsona: potwierdzenie rozpoznania przez lekarza neurologa wraz z opisem badania neurologicznego
 - choroba Creutzfeldta-Jakoba: potwierdzenie rozpoznania przez lekarza neurologa z opisem badania neurologicznego
 - zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji: seropozytywny wynik badania oraz dokument potwierdzający fakt przetoczenia krwi w okresie ubezpieczenia
 - borelioza: karta informacyjna leczenia szpitalnego z rozpoznaniem ICD10 (w przypadku leczenia szpitalnego); dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia z potwierdzonym przez lekarza rozpoznaniem ICD10 (leczenie ambulatoryjne) oraz wyniki badań serologicznych
 - zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych/kleszczowe zapalenie mózgu: dokumentacja z całego przebiegu leczenia oraz zaświadczenie lekarza neurologa, potwierdzające rozpoznanie choroby (w przypadku zapalenia opon mózgowych dodatkowo potwierdzenie badania płynu mózgowo-rdzeniowego)
 - choroba Alzheimera: dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia z rozpoznaniem potwierdzonym przez specjalistę neurologa, wraz z testami klinicznymi i kwestionariuszami diagnostyki choroby
- d) kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- e) kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera
- f) aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa Ubezpieczonego – wystawiony po dacie zdarzenia
- Uwaga: pkt. e) i f) w przypadku zdarzenia poważnego zachorowania współmałżonka
pkt. e) w przypadku zdarzenia poważnego zachorowania partnera

Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie NW, NW przy pracy

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie NW
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, wykonanych zdjęć RTG z opisem
- orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek, w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)
- orzeczenie komisji lekarskiej (ZUS, KRUS, PZDsOoN) o wysokości uszczerbku na zdrowiu lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności, jeżeli takie wydano
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego

Informujemy, iż wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału lub kserokopii.

Kserokopie dokumentów niezbędne do wypłaty świadczenia powinny mieć poświadczoną zgodność z oryginałem przez osobę do tego uprawnioną (osobą uprawnioną jest: pracownik AXA, pracownik urzędu stanu cywilnego, notariusz lub osoba posiadająca stosowne umocowanie, np. osoba administrująca z ramienia Ubezpieczającego).

Uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału lub udaru

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału lub udaru
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań itp.
- orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
- dodatkowa dokumentacja potwierdzająca:
 - zawał serca: zapisy EKG dokumentujące typowe zmiany i ewolucje zawału, wyniki badania krwi z poziomem markerów enzymatycznych w surowicy krwi
 - udar mózgu: badanie specjalisty neurologa, wyniki tomografii komputerowej i/lub rezonansu magnetycznego, obrazujące zakres powstałego deficytu (nie wcześniejsze jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów)
- orzeczenie komisji lekarskiej (ZUS, KRUS, PZDsOoN) o wysokości uszczerbku na zdrowiu lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności po przebytym zawału lub udarze, jeżeli takie wydano
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego

Inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa w następstwie NW
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, wykonanych zdjęć RTG z opisem
- orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek, w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)
- orzeczenie komisji (ZUS, KRUS, PZDsOoN) o wysokości inwalidztwa lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności, jeżeli takie wydano
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego

Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do pracy
- dokumentacja medyczna w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, wykonanych zdjęć RTG z opisem oraz kserokopie zwolnień lekarskich potwierdzających okres niezdolności do pracy, trwający przez 12 miesięcy
- orzeczenie komisji lekarskiej (ZUS, KRUS, PZDsOoN) o całkowitej niezdolności do pracy lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek, w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.) w przypadku niezdolności do pracy w wyniku NW, NW przy pracy
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego

Czasowa niezdolność do pracy

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy
- kserokopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego wraz z kserokopią zwolnienia lekarskiego w przypadku czasowej niezdolności spowodowanej hospitalizacją
- dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy, przebiegu leczenia oraz kserokopia zwolnienia lekarskiego w przypadku czasowej niezdolności spowodowanej NW
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego